

Conciliación de la medicación en un servicio de urgencias: un proceso de mejora continua

HIGHLIGHTS

1. Necesidad de participación familiar para una atención segura.
2. Potencial de la telesalud para la seguridad del paciente.
3. Importancia de estructurar la comunicación en la transición del cuidado.
4. Participación de enfermería en la conciliación de medicamentos.


Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz ¹ 

Anabela Pereira Borges Sousa ² 

Cláudia Tartaglia Reis ³ 

Susana Maria Sardinha Vieira Ramos ¹ 

Paulo Manuel Máximo Barreiros ⁴ 

Paulo Jorge dos Santos Sousa ⁵ 

Resumen

Objetivos: estructurar el plan de mejora de la conciliación de medicamentos en un servicio de urgencia portugués. **Método:** el proyecto de mejora se desarrolló utilizando la metodología Planificar, Hacer, Actuar, Planificar (PDSA), en un estudio observacional, descriptivo, cuantitativo. En la etapa del Plan participaron 282 pacientes ingresados al servicio de emergencia, cuyo familiar tuvo una teleconsulta de enfermería; y 447 en etapa de Estudio. La teleconsulta se estructuró mediante la técnica de Identificación, Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación (ISBAR); formación del equipo. **Resultados:** en la práctica habitual del enfermero, se identificaron 4,6% (n=13) discrepancias no intencionales entre la prescripción y la medicación utilizada en el domicilio. Se observó un aumento de las discrepancias hasta el 9,4% (n=42) tras estructurar la teleconsulta, que ahora incluía preguntas sobre la medicación habitual. La interrupción, especialmente de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, dosis/frecuencia incorrecta, fue la discrepancia más frecuente, que luego fue corregida. **Conclusión:** el estudio contribuyó a identificar/corregir fallas en la conciliación de medicamentos, con el fin de resaltar la importancia de la Enfermería y la participación familiar.

Descriptor: Conciliación de Medicamentos; Seguridad del Paciente; Servicio Hospitalario de Emergencia; Telesalud; Familiares acompañantes.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Diniz ACAM, Souza APB, Reis CT, Ramos SMSV, Barreiros PMM, Souza PJS. Medication reconciliation in an emergency department: a process of continuous improvement. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.97863>

¹ Unidade Local de Saúde de São José, Gabinete de Segurança do Doente, Lisboa, Portugal.

² Unidade Local de Saúde de São José, Unidade de Cuidados Intensivos-ECMO, Lisboa, Portugal.

³ Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁴ Unidade Local de Saúde de São José, Urgência Geral Polivalente, Lisboa, Portugal.

⁵ Escola Nacional de Saúde Pública, Comprehensive Health Research Centre, Lisboa, Portugal.

INTRODUCCIÓN

La Conciliación o Reconciliación Medicamentosa (RM) es un proceso basado en evidencia, que presupone la obtención del listado de medicamentos en uso por el paciente, comparándolo con la prescripción médica actualizada, establecida en las diferentes interfaces de atención, a la luz de los motivos de la suspensión, adición o reemplazo de medicamentos¹.

La RM es una responsabilidad compartida del equipo multidisciplinario, que debe establecer una alianza con el paciente/familia, para garantizar información completa sobre los medicamentos durante las transiciones de atención²⁻³. De esta manera se pueden detectar posibles errores o discrepancias, a saber: intercambio, omisión o duplicación de medicamentos; diferente dosis, vía o frecuencia de administración; falta de adherencia al tratamiento; reacciones adversas, alergias e interacciones medicamentosas¹.

La evolución del concepto de seguridad del paciente contribuye al reconocimiento de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria. Profundizar en el conocimiento epidemiológico (frecuencia, causas, tipología e impacto) de los eventos adversos permite identificar áreas críticas. Un estudio epidemiológico portugués⁴ mostró una tasa de incidencia de eventos adversos del 12,5% en el contexto hospitalario; El 9,8% de ellos están asociados a errores de medicación.

El ingreso, el traslado interno o externo a la organización de salud y el alta hospitalaria son momentos críticos en la transferencia de información relevante para la continuidad de la atención⁵. Información incompleta, incorrecta o inexistente sobre el paciente y su plan terapéutico puede ocurrir a lo largo de su recorrido y contribuir a la incidencia de eventos adversos⁵⁻⁷. Los pacientes ancianos, crónicos y polimedcados son más propensos a múltiples transiciones de atención, con mayor riesgo de incidentes de seguridad³.

La RM presupone la obtención y validación de información sobre la medicación del paciente a partir de al menos dos fuentes de información (p. ej., la historia clínica y los sistemas de prescripción electrónicos; la entrevista con el paciente/familia; la coordinación con los proveedores de atención primaria de salud o farmacias comunitarias)^{1,6}.

La RM contribuye a la identificación y corrección de Discrepancias No Intencionales (DNI)⁶. Al momento del ingreso hospitalario, la RM es la base de todo el recorrido del paciente⁶. Es importante que se anime a los pacientes y sus familias a tener información completa y actualizada sobre los medicamentos en uso, acompañada de una lista que los enumere. También se les debe alertar para que interroguen a los profesionales si identifican algún error asociado con su medicación³.

La aparición de incidentes durante la transición asistencial suele estar asociada a fallos en la comunicación. El uso de una herramienta de comunicación estructurada, durante la transición de la atención, contribuye para una transmisión efectiva de información entre todos los involucrados en la atención de salud, incluyendo información relativa a los medicamentos en uso, reduciendo la probabilidad de errores y eventos adversos^{2-3,7}. Se ha demostrado que la transferencia de información estandarizada mediante la técnica ISBAR aumenta la seguridad del paciente, especialmente cuando se utiliza en la comunicación telefónica⁷. Por su relevancia, en Portugal, la recomendación para su uso forma parte del pilar relativo a la comunicación del Plan Nacional de Seguridad del Paciente (2021-2026)⁸. La sigla ISBAR, utilizada como mnemónica, corresponde a: *Identify* (identificar), *Situation* (situación), *Background* (antecedentes), *Assessment* (evaluación) y *Recommendation* (recomendación)⁵.

Como recurso de las tecnologías de la información y la comunicación, la telesalud permite un enfoque centrado en la persona, que facilita la proximidad y continuidad de la atención entre la institución de salud y el hogar.

Existen varios servicios de telesalud, pero para los fines de este estudio es importante abordar el concepto de la teleconsulta. Consiste en una consulta realizada de forma remota, utilizando herramientas como el teléfono, que permite la interacción con el paciente, cuidador y/o representante legal, con el intercambio de información y la exigencia de registro obligatorio en la historia clínica del paciente⁹.

La teleconsulta es entendida como una práctica avanzada, que requiere un razonamiento clínico sustentado en una base teórica consistente para la aplicación del proceso de Enfermería¹⁰. Es necesario que los profesionales desarrollen habilidades digitales y comunicativas. De esta forma, podrán establecerse y reforzar relaciones con pacientes y familiares, y contribuir a su formación e integración asistencial⁹. La estructuración de la comunicación y la formación y/o capacitación de los profesionales son cruciales para una teleconsulta de calidad, ya que los capacita para identificar factores de riesgo e incidentes y realizar intervenciones encaminadas a la seguridad del paciente¹⁰.

El centro hospitalario donde se desarrolló el trabajo desarrolla varias iniciativas para mejorar la RM, impulsadas esencialmente por el programa de acreditación/certificación y las directrices expresadas en la Norma de la Dirección General de Salud (DGS) sobre RM, publicada en 2016 y actualizada en 2024¹. A pesar de las acciones desarrolladas, es evidente la necesidad de invertir en esta área, especialmente en el ingreso de pacientes en urgencias. Este es un punto crítico para obtener información relevante, debido a diversos factores tales como la incapacidad del paciente para describir la medicación que está tomando. Los motivos pueden estar asociados a la edad, la situación clínica, el estrés o la falta de un listado actualizado de los medicamentos del paciente, especialmente si el paciente está polimedicado.

En marzo de 2021, el Servicio General de Emergencias Polivalente del Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central inició el proyecto: "*i-Urgência*", como una forma de minimizar el impacto de las restricciones a los acompañantes impuestas por la pandemia de COVID-19. Así, el equipo de Enfermería pasó a establecer contactos telefónicos diarios con los familiares de los pacientes ingresados, con el fin de obtener y/o transmitir información relevante sobre su estado y su trayectoria en la unidad/institución.

Por sus características, este proyecto se enmarca en el concepto de telesalud, definida en este trabajo como un servicio de salud puesto a disposición de los ciudadanos o cuidadores, a través de canales de acceso remoto, apoyados en tecnologías de la información/comunicación, que puede ocurrir en diversos momentos de la atención, integrando o complementando la prestación de cuidados de la asistencia sanitaria presencial¹¹.

En la evaluación de riesgos, realizada anualmente, fue mencionado por enfermeros que realizaron contactos telefónicos, que diariamente se identificaban DNIs, entre la prescripción activa y la medicación que tomaba el paciente en un ambulatorio. Sin embargo, esta información solo se obtuvo por iniciativa del familiar, o cuando no estaba disponible en el expediente clínico del paciente o en el portal de salud.

Considerando que la telesalud y las prácticas seguras de RM constituyen los objetivos planteados en el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2021-2026⁸, era pertinente el desarrollo de un proyecto de mejora en esta área.

Para profundizar en el conocimiento sobre esta problemática se definieron las siguientes preguntas de investigación: i) ¿en el contacto telefónico que la enfermera establece con los familiares de los pacientes ingresados al servicio de emergencia, es posible identificar el DNI y los motivos de su ocurrencia? ii) ¿Puede la comunicación estructurada en contacto telefónico contribuir a la identificación y corrección de un mayor número de discrepancias entre la medicación que el paciente toma en casa y la prescrita al ingreso?

El objetivo general de este estudio fue desarrollar un plan de mejora para contribuir a la RM de los pacientes ingresados en urgencias. Los objetivos específicos fueron: i) identificar la frecuencia y tipo de DNI entre la información sobre la medicación obtenida al ingreso del paciente y la proporcionada por el familiar de referencia en la teleconsulta de Enfermería; ii) estructurar el proceso de comunicación en la teleconsulta y la información esencial a recopilar sobre el paciente y su medicación, al ingreso al servicio de urgencia.

Es importante aclarar que en este estudio se consideró que la RM implica la revisión de toda la medicación del paciente, incluyendo medicamentos sin receta, productos naturales y/o suplementos dietéticos¹.

MÉTODO

Se aplicó la metodología para la resolución de problemas y mejora continua de la calidad, difundida por Deming, denominada ciclo PDSA – *Plan, Do, Study, Act*¹², presentándose el proceso desarrollado en cada etapa.

Plan (planear) - la situación fue diagnosticada a través de un estudio observacional, cuantitativo, para identificar los factores de riesgo relacionados con la RM en pacientes elegibles para *i-Urgência*. Paralelamente se realizó investigación bibliográfica sobre RM, preferentemente en ambientes de emergencia, y análisis documental de normas y procedimientos nacionales e institucionales vigentes.

En esta etapa, se desarrolló un instrumento para registrar factores de riesgo y discrepancias entre la medicación prescrita y la medicación del paciente en un ambulatorio, a partir de investigaciones bibliográficas y observaciones de contactos establecidos a través de *i-Urgência*, siendo probado durante tres días. Posteriormente, el instrumento fue aplicado sólo en situaciones en las que era necesario obtener/validar informaciones sobre la medicación del paciente, según práctica habitual del enfermero.

Population (Población): pacientes ingresados en urgencias. Muestra del estudio: se utilizó muestra no probabilística por conveniencia, con recolección de datos durante una semana (siete días), en diciembre de 2022, realizada por una enfermera del equipo de *i-Urgência*. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en el servicio de urgencias, cuyo familiar fue contactado en el ámbito de *i-Urgência*. Criterios de exclusión: pacientes no incluidos en *i-Urgência*; pacientes elegibles para *i-Urgência*, en proceso de traslado o alta. Para fines de análisis, en esta etapa el indicador se definió como: $(\text{Número total de pacientes con DNI relacionado con medicación en un ambulatorio} / \text{Número total de pacientes cuyo familiar fue contactado a través de } i\text{-Urgência}) \times 100$

Do (Ejecutar) - análisis de los resultados obtenidos en la etapa Planear, identificando la ocurrencia y tipo de discrepancia, la consecuencia, el motivo de la misma y el medicamento involucrado. Se desarrolló un guion para estructurar la comunicación en teleconsulta, siguiendo la metodología ISBAR, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1 - Modelo ISBAR para contacto de i-Urgencia. Lisboa, Portugal. 2024.

EMERGENCIA GENERAL POLIVALENTE
CONTACTO ISBAR MODELO
I-URGÊNCIA

I IDENTIFICACIÓN

- Localización, nombre y función del profesional sanitario
- Identificación del paciente: nombre completo y fecha de nacimiento
- Identificación de la persona de referencia: nombre y grado de parentesco

S ESTADO ATUAL

- Fecha/hora de ingreso del paciente
- Descripción del motivo actual por el que necesita asistencia sanitaria
- Exámenes e intervenciones realizados y/o previstos

B HISTORIAL/ANAMNESIS

- Historia clínica
- Nivel de dependencia y situación social
- Estado alérgico
- Terapia habitual: nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración.
En caso de discrepancia: identificar el motivo del cambio.

A EVALUACIÓN

- Problemas activos
- Terapia activa e intervenciones
- Evaluación de la eficacia de las medidas aplicadas
- Plan: mantener vigilancia | Alta | Hospitalización | Traslado

R RECOMENDACIÓN

- Información que falta y cómo transmitirla al equipo sanitario
- Información relevante sobre el funcionamiento del Servicio de Urgencias (por ejemplo, horarios de visita, obtención de información)
- Aclaración de dudas

**V
A
L
I
D
A
C
I
O
N**

Fuente: Los autores (2024).

Se realizó la prueba de aplicación, con la observación de los contactos realizados, centrándose principalmente en las preguntas realizadas al familiar del paciente, relacionadas con el medicamento que se utiliza en el domicilio, con el fin de identificar el tipo de discrepancias, el motivo, las consecuencias. y el medicamento involucrado, así como el momento de la duración del contacto.

Study (Estudiar) - se realizó un estudio cuantitativo, con muestra no probabilística por conveniencia, durante una semana (siete días), en febrero de 2023, manteniendo los criterios de inclusión y exclusión definidos para la etapa *Plan*. Los datos fueron recolectados por dos enfermeros del equipo de *i-Urgência*, siguiendo el guión ISBAR, que ahora incluye un interrogatorio sistemático a todos los familiares de referencia contactados, sobre la medicación utilizada por los pacientes. Así, la información recogida describió el tipo de discrepancia, la consecuencia, el motivo de la misma y la medicación implicada. El análisis de datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva.

Act (Actuar) – se realizaron reuniones con el responsable del servicio de emergencia, profesionales de *i-Urgência* y de la Oficina de Seguridad del Paciente de la institución, en marzo de 2023, para discutir los resultados obtenidos. Posteriormente, se realizaron tres sesiones formativas al equipo del servicio de emergencia sobre RM, lideradas por una de

las enfermeras de *i-Urgência*, responsable por la recolección de datos, y por un profesional de la Oficina de Seguridad del Paciente de la institución, para presentar los resultados obtenidos y registrar sugerencias para mejora.

Consideraciones éticas: el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, bajo dictamen nº 1319/2022.

RESULTADOS

Plan (planear) - previo a la recolección de datos, se observaron ocho contactos en *i-Urgência* para identificar la duración y los aspectos abordados con el familiar del paciente. Se encontró que la duración de cada contacto era de dos a ocho minutos.

Durante el período de recolección de datos sobre las discrepancias identificadas según la práctica habitual de las enfermeras, 893 pacientes fueron admitidos en el servicio de emergencia, siendo 616 pacientes (69%) elegibles para *i-Urgência*. De ellos, se estableció contacto con los familiares de 282 pacientes (46% de los pacientes elegibles). Las situaciones en las que no se estableció contacto se debieron a: negativa del paciente (39; 6%); falta de contacto (140; 23%); contacto sin respuesta (26; 4%); proceso de alta/traslado completado (129; 21%). De los 282 contactos establecidos se identificó DNI en 13 pacientes (4,6%).

En cuanto a la caracterización de la muestra, se encontró que de los 13 pacientes, 10 fueron del sexo femenino y tres del sexo masculino, con una edad promedio de 79 años. Los datos obtenidos en esta etapa se presentan en las tablas 1, 2 y 3, junto con los datos obtenidos en la etapa de Estudio.

De los resultados obtenidos en la etapa Plan se desprende que el motivo más frecuente de DNI es el desconocimiento del paciente sobre la medicación que toma habitualmente (ocho; 62%), como se muestra en la Tabla 1:

Tabla 1 - Motivos para DNI identificados por etapa (*Plan* y *Study*). Lisboa, Portugal, 2024

Motivo	Frecuencia absoluta (N)		Frecuencia relativa (%)	
	Plan	Study	Plan	Study
Paciente no sabe	8	11	62	26
Paciente no consigue dar información	5	31	38	74
Lugar de origen (p.e. domicilio) no fue proporcionado	1	6	8	14
Información desactualizada en el portal de salud	5	19	38	45

Fuente: Los autores (2024)

En cinco pacientes (38%) la información del portal de salud se encontró desactualizada por algún motivo, como: prescripción manual; receta emitida a nombre del familiar del paciente; prescripción telefónica para cambios de dosis; prescripción realizada en una institución privada.

La introducción del medicamento fue el cambio de prescripción más frecuente (11; 85%), lo que provocó la interrupción involuntaria del tratamiento (10; 77%), como se

muestra en la Tabla 2. Todas las discrepancias identificadas dieron lugar a una revisión de la prescripción por parte del equipo médico.

Tabla 2 - DNIs identificadas y consecuencias del error en la RM por etapa (*Plan* y *Study*). Lisboa, Portugal, 2024

		Frecuencia absoluta (N)		Frecuencia relativa (%)	
		<i>Plan</i>	<i>Study</i>	<i>Plan</i>	<i>Study</i>
Alteración de prescripción identificada	Introducción del medicamento	11	32	85	76
	Suspensión del medicamento	0	5	0	12
	Alteración de la dosis	1	5	8	12
Consecuencias del error en la reconciliación medicaria	Interrupción del tratamiento	10	32	77	76
	Inicio de tratamiento	2	5	15	12
	Dosis inferior	1	4	8	9
	Dosis excesiva	0	1	0	2
Otra información	Alergias	0	3	0	7
	Cuestiones sociales	0	1	0	2

Fuente: Los autores (2024)

En cinco pacientes (39%) hubo una discrepancia en más de un medicamento: cuatro pacientes tuvieron fallas en la RM para dos medicamentos y un paciente para tres medicamentos. En dos situaciones, por fracaso de la RM, se inició tratamiento en un paciente que no lo había cumplido, por decisión suya (15%). Se identificaron entre una y tres discrepancias/día, siendo dos discrepancias/día la más frecuente.

Los medicamentos antiparkinsonianos fueron los que se asociaron con mayor frecuencia con DNI (cuatro; 31%), como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Clasificación farmacoterapéutica de los medicamentos con DNI por etapa (*Plan* y *Study*). Lisboa, Portugal, 2024

Clasificación farmacoterapéutica		Frecuencia absoluta (N)		Frecuencia relativa (%)	
		<i>Plan</i>	<i>Study</i>	<i>Plan</i>	<i>Study</i>
Sistema nervioso central	Psicofármacos	3	10	23	24
	Antiparkinsonianos	4	11	31	26
	Analgésicos/ narcóticos	1	5	8	12
Aparato cardiovascular	Anti-hipertensivos	2	6	15	14
	Diuréticos	3	7	23	17
Aparato digestivo	Protectores de mucosa gástrica	1	2	8	5
Medicamentos usados con afecciones oculares	Colirios variados	1	5	8	12
Aparato respiratorio	Antiasmáticos e broncodilatadores	1	0	8	0
Hormonas y medicamentos	Hormonas tiroideas	0	1	0	2

Fuente: Los autores (2024)

Study (Estudiar) - Durante el periodo de recogida de datos, ingresaron 1.096 pacientes, 799 de los cuales eran elegibles para *i-Urgência* (73%). Se estableció contacto con los familiares de 447 pacientes (56% de los elegibles). No se estableció contacto por diversas razones, como: negativa del paciente (74; 9%); no hubo contacto (124; 15%); familiar no disponible (37; 5%); proceso de alta/traslado (117; 15%). En los contactos establecidos, se observó que en 218 pacientes (48,8%), el familiar desconocía o tenía dudas sobre la medicación. La conformidad entre la información obtenida al ingreso y la medicación que estaba utilizando el paciente fue confirmada por los familiares de 187 pacientes (41,8%).

Se identificaron DNI entre la información clínica y la relativa a la medicación ambulatoria en 42 pacientes (9,4%). De ellos, 28 (67%) eran mujeres y 14 (33%) hombres, con una edad media de 86 años. La incapacidad del paciente para proporcionar información fue el motivo más frecuente de las DNI, como se muestra en la Tabla 1.

El desconocimiento de la información llevó a la interrupción del tratamiento en 32 pacientes (76%), como se muestra en la Tabla 2. Tres pacientes (7%) fueron identificados como alérgicos al fármaco, lo que no se registró en la historia clínica. Cabe destacar que ninguno de estos fármacos había sido prescrito, por lo que no se produjo ningún acontecimiento adverso. En contacto con el familiar de uno de los pacientes, se pudo identificar su incapacidad para gestionar la medicación y fue derivado a apoyo social. Todas las discrepancias identificadas fueron comunicadas al equipo médico y dieron lugar a una revisión terapéutica.

Como se puede observar en la Tabla 3, de forma similar a los resultados obtenidos en la fase de Plan, los fármacos más frecuentemente identificados fueron los que actúan sobre el sistema nervioso central, a saber: antiparkinsonianos (11; 26%) y psicofármacos (10; 24%), según la clasificación farmacoterapéutica oficial de fármacos en Portugal¹³.

También se observó que 11 pacientes (26%) presentaban DNI relacionadas con más de un fármaco. Así, se detectaron DNI asociadas a dos medicamentos en ocho pacientes (19%) y asociadas a tres medicamentos en tres pacientes (7%). Se identificaron entre cuatro y siete DNI/día, siendo siete DNI/día el más frecuente.

Act (Actuar) - Los resultados obtenidos fueron presentados a los profesionales del equipo, y se decidió que el guión ISBAR sería implantado sistemáticamente por *i-Urgência*. La estructuración de la comunicación de contacto fue percibida por los profesionales como facilitadora de la gestión del tiempo y de la información, permitiéndoles detectar fallos en la RM.

Se ha producido un vídeo titulado «Seguridad en la asistencia sanitaria: conciliación de la medicación», con recomendaciones para los pacientes y sus familias sobre la RM, que se proyectará en pantallas en las salas de espera, alternando con otros vídeos sobre temas como la prevención de caídas, la identificación segura y la seguridad en el diagnóstico. Puede consultarse en Internet en el siguiente enlace: <https://youtu.be/uvEvUbzYYxw?si=2g3Lb-aajGbxhX49>.

Se decidió que el seguimiento se realizaría semestralmente mediante el análisis de los incidentes por fallos en RM notificados en el sistema de notificación interna; las reclamaciones de pacientes/familiares; las auditorías de las historias clínicas de *i-Urgência* sobre RM.

DISCUSIÓN

Según la OMS, la mayoría de los pacientes hospitalizados presentarán al menos una discrepancia en la medicación, en uno o varios momentos de la transición asistencial². La RM es esencial para detectar fallos en la transferencia de información¹. El proceso debe estar centrado en el paciente/familia, combinado con su participación en enlace con los profesionales responsables de la RM, como médicos, enfermeros y farmacéuticos^{1,3}.

El estudio identificó DNI entre la prescripción realizada al ingreso en urgencias y la medicación en la consulta externa en las fases de *Plan* y *Study*, a través de la participación del personal de enfermería y de la familia en este proceso. Sin embargo, cuando se comparó con la práctica habitual de enfermería, con el interrogatorio sistemático sobre la medicación en los contactos realizados, se duplicó el porcentaje de pacientes en los que se identificaron fallos en la RM. En la misma línea, una revisión sistemática y metaanálisis¹⁴ concluyó que las RM realizadas en los servicios de urgencias por profesionales de farmacia, cuando se comparaban con la práctica habitual de enfermeras o médicos, reducían en un 88% la proporción de pacientes con discrepancias en la medicación.

En la fase de estudio, había un porcentaje significativo de pacientes cuya RM había sido realizada correctamente por el médico. Del mismo modo, en un estudio en el que los farmacéuticos revisaron las prescripciones en un servicio de urgencias¹⁵ se observó que el 53,9% de los pacientes tenían la RM realizada correctamente por el médico, y el 16,7% tenían la prescripción realizada con DNI.

El porcentaje de discrepancias identificadas por el personal de enfermería en este estudio no es tan significativo como los presentados en los estudios mencionados asociados a otros grupos profesionales. Sin embargo, pone de manifiesto la oportunidad de que las enfermeras desempeñen un papel más importante en este proceso, ya que todas las discrepancias identificadas implicaban una revisión de la prescripción médica.

La incapacidad del paciente para comunicarse o su desconocimiento de los medicamentos que toma habitualmente fueron obstáculos identificados en otro estudio¹⁶, lo que se vio reforzado por los resultados obtenidos en este estudio, en el que se identificaron dificultades similares.

La información obsoleta en el portal de salud, debido a la institucionalización o al seguimiento médico en otras instituciones, fue otro factor de riesgo identificado en este estudio. En línea con estos resultados, un estudio piloto realizado en un servicio de Medicina Interna identificó problemas de acceso, de calidad de la información terapéutica y de comunicación entre los distintos profesionales sanitarios¹⁷.

Un estudio realizado en un servicio de urgencias⁶ reveló que el 81% de los pacientes presentaban ≥ 1 discrepancia. En un total de 852 prescripciones, se identificaron 242 DNI, a saber: medicación prescrita sin adherencia (61%), frecuencia incorrecta (24%), omisión (15%) o duplicación de medicación (9%); dosis incorrecta (6%).

Una revisión sistemática y un metaanálisis identificaron que las discrepancias más frecuentes incluían la omisión de la medicación, así como la dosis o la frecuencia incorrectas¹⁴. Estos resultados corroboraron estos hallazgos, ya que también fueron el tipo más frecuente de discrepancias.

En este estudio, los medicamentos más frecuentemente identificados fueron los que afectan al sistema cardiovascular y al sistema nervioso central, es decir, antiparkinsonianos

y psicofármacos. Del mismo modo, un estudio consultado identificó la omisión de estos fármacos en los DNI más frecuentes¹⁷. El hecho de que los antiparkinsonianos fueran los más frecuentes en este estudio corrobora las conclusiones de una revisión sistemática de la literatura¹⁸, que encontró una prevalencia de fallos en la prescripción de estos fármacos en el ámbito hospitalario, con la consiguiente falta de control sintomático de la enfermedad o la administración de fármacos contraindicados.

Aunque el mayor porcentaje de pacientes de esta muestra sólo presentaba DNI asociados a un fármaco, hubo casos en los que se asociaron a más de un fármaco. En un estudio realizado en Brasil se observó que el 95,7% de los pacientes tenían una sola discrepancia, y el 4,3% de los pacientes tenían dos discrepancias¹⁹.

Las limitaciones de este estudio incluyen el hecho de que la muestra no fue probabilística, por lo que los datos no pueden extrapolarse a todos los pacientes atendidos en *i-Urgência*. También fue imposible identificar todas las situaciones en las que los familiares acudieron a la unidad para entregar la lista de medicamentos, dada la rotación y el gran número de profesionales que prestaban el servicio en la unidad.

CONCLUSIÓN

El estudio contribuyó a la detección y corrección de fallos en la RM de pacientes ingresados en el servicio de urgencias de un centro hospitalario portugués y corroboró la necesidad de utilizar diferentes fuentes de información para una correcta RM. Las dificultades para acceder a la información sobre la medicación prescrita o en uso en otras instituciones pone de manifiesto la importancia de disponer de historias clínicas completas y la necesidad de un sistema de registro único o de intercomunicación entre las diferentes aplicaciones.

Se hizo hincapié en la oportunidad de que el equipo de enfermería desempeñe un papel más proactivo y relevante en la mejora de la RM.

Este estudio también demostró la importancia de estructurar la comunicación para obtener información relevante para la continuidad de los cuidados. Asimismo, se destacó la importancia de integrar a la familia en este proceso, ya que pueden proporcionar importantes consejos sobre el uso y el manejo de la medicación en la consulta externa, lo que permite identificar problemas de otra naturaleza, de índole social y familiar.

La necesidad de aumentar la participación del paciente/familia justificó el desarrollo de materiales informativos para orientar sobre los riesgos y aclarar cómo desempeñan un papel fundamental en la colaboración con el equipo sanitario.

El desarrollo de este proyecto cumplió sus objetivos. En el futuro, será pertinente incluir a otros grupos profesionales responsables de la RM, con la continuidad del plan de mejora de la RM en la institución.

REFERENCIAS

1. Direção-Geral da Saúde (PT). Norma 18/2016. Para instituições prestadoras de cuidados de saúde e profissionais de saúde responsáveis pela reconciliação da medicação [Internet]. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2024 Mar 1 [cited 2024 Apr 4]. 10 p. Available from: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-182016-de-30122016-atualizada-a-01032024-pdf.aspx>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 June 20 [cited 2024 Apr 4]. Medication safety in transitions of care: technical report [Internet]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
3. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. Boletim ISMP Brasil [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 4];8(2):2-11. Available from: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/04/boletim_ismp_30a_edicao.pdf
4. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Uva MS, Nunes C. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. Int J Qual Health Care [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 20];30(2):132-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>
5. Direção-Geral da Saúde (PT). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde [Internet]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2017 Feb 8 [cited 2024 Apr 4]. 8 p. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
6. Andersen TS, Gemmer MN, Sejberg HRC, Jørgensen LM, Kalleose T, Andersen O, et al. Medicines reconciliation in the emergency department: important prescribing discrepancies between the shared medication record and patients' actual use of medication. Pharmaceuticals [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 20];15(2):142. Available from: <https://doi.org/10.3390/ph15020142>
7. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ open [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 15];8(8):e022202. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
8. Ministério da Saúde (PT). Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2015 Feb 2 [cited 2024 Apr 4];28(Série 2; Suppl 1):3882(2-10) Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
9. Loureiro P, Cabral M, Magalhães T. Telessaúde in Portugal. In: Magalhães T, coordinator. Transformação digital em saúde: contributos para a mudança. Coimbra: Almedina; 2022. p. 275-350.
10. Rodrigues MA, Hercules ABS, Gnatta JR, Coelho JC, Mota ANB, Pierin AMG, et al. Teleconsultation as an advanced practice nursing during the COVID-19 pandemic based on Roy and Chick-Meleis. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 9];56(Spec No):e20210438. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438en>
11. Serviço Nacional de Saúde (PT). 1º Plano estratégico nacional para a telessaúde apresentado pela SPMS [Internet]. Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde; [cited 2024 Feb 9]. Notícias 2019 Nov 12; [about 1 screen]. Available from: <https://www.spms.min-saude.pt/2019/11/1o-plano-estrategico-nacional-para-a-telessaude-apresentado-pela-spms/>
12. Deming W. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. 3th ed. Madrid: Diaz de Santos; 1989.

13. Secretária de Estado da Saúde (PT). Despacho n.º 21 840/2004. Classificação farmacoterapêutica [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2004 Out 26 [cited 2024 Jan 25];256:1566-675. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2004/10/252000000/1566615675.pdf>
14. Choi YJ, Kim H. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 29];44(6):932-45. Available from: <https://doi.org/10.1111/jcpt.13019>
15. Arenas-Villafranca JJ, Rodríguez-Camacho JM, Pérez-Moreno MA, Moreno-Santamaría M, Martos-Pérez FA, Tortajada-Goitia B. The role of clinical pharmacists in the optimisation of medication prescription and reconciliation on admission in an emergency department. *Eur J Hosp Pharm* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 21];25(1):e59-e61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/ejhpharm-2017-001339>
16. Patel S, Mathis AS, Costello J, Ghin HL, Fahim G. Satisfaction with medication reconciliation completed by pharmacy technicians in an emergency department. *Pharm Ther* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 15];43(7):423-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6027853/>
17. Costa e Silva T, Dias P, Alves e Cunha C, Feio J, Lavrador M, Oliveira J, et al. Medication reconciliation during admission to an internal medicine department: a pilot study. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 9];35(11):798-806. Available from: <https://doi.org/10.20344/amp.16892>
18. Donizak J, McCabe C. Pharmacological management of patients with Parkinson's disease in the acute hospital setting: a review. *Br J Neurosci Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan 15]; 13(5):220-5. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjnn.2017.13.5.220>
19. de Oliveira MEC, dos Santos TFD, Santiago NLG, Alencar BR, Xavier ASG, Silva SSB da. Discrepancy in medication reconciliation in the emergency room of a public hospital in the state of Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 15];42(Suppl 1):127-44. Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n0.a2874>

Medication reconciliation in an emergency department: a process of continuous improvement

ABSTRACT:

Objectives: to structure an improvement plan for medication reconciliation in a Portuguese emergency department.

Method: The improvement project was developed using the Plan, Do, Act, Plan (PDSA) methodology in an observational, descriptive, quantitative study. In the Plan stage, 282 patients admitted to the emergency department participated, whose family member had received a nursing teleconsultation; and 447 participated in the Study stage. The teleconsultation was structured using the Identify, Situation, Background, Assessment, and Recommendation (ISBAR) technique; the team was trained. **Results:** in nurses' usual practice, 4.6% (n=13) unintentional discrepancies were identified between the prescription and the medication in use at home. The number of discrepancies increased to 9.4% (n=42) after the teleconsultation was structured to include questions about usual medication. The most frequent discrepancy, which was later corrected, was the interruption, especially of drugs that act on the central nervous system, of the wrong dose/frequency. **Conclusion:** the study helped to identify/correct failures in medication reconciliation, highlighting the importance of nursing and family participation.

Descriptors: Medication Reconciliation; Patient Safety; Hospital Emergency Service; Telehealth; Accompanying Family Members.

Recibido en: 18/06/2024

Aprobado en: 12/11/2024

Editor asociado: Dra. Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz
Unidade Local de Saúde de São José
R. da Beneficência 8, 1069-166 Lisboa, Portugal
E-mail: amarinhox@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Diniz ACAM, Souza APB, Reis CT, Ramos SMSV, Barreiros PMM, Souza PJS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Diniz ACAM, Souza APB, Reis CT, Ramos SMSV, Barreiros PMM, Souza PJS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Diniz ACAM, Souza APB, Reis CT, Ramos SMSV, Barreiros PMM, Souza PJS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).